dkfz.

Tabakentwöhnung

Newsletter

des WHO-Kollaborationszentrums für Tabakkontrolle
am Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg

in Zusammenarbeit mit dem Dezernat für Fortbildung und Gesundheitsförderung der Bundesärztekammer und dem Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.

Nr. 31
Oktober
2008

Editorial

Dass in den letzten Jahrzehnten große Fortschritte in Tabakkontrolle und Tabakentwöhnung erzielt worden sind, lässt sich an den gesunkenen Prävalenzen ablesen: In den USA ist der Raucheranteil von 42% im Jahr 1950 auf unter 20% im Jahr 2007 gesunken. Michael Fiore wagte bei der 10. Jahreskonferenz der Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT) Europa in Rom in seinem Eröffnungsvortrag "The Importance of Evidence-Based Treatments for Tobacco Dependence: The U.S. Experience" vor etwa 500 Teilnehmern aus 28 Ländern einen sehr optimistischen Blick in die Zukunft: Wenn die Prävalenz weiter im selben Tempo abnimmt, wird es in den USA ab dem Jahr 2047 keine Raucher mehr geben; da er aber ein großer Optimist sei, glaube er, dass sich die Entwicklung eher noch beschleunigen werde und das Rauchen bereits vor diesem Zeitpunkt Vergangenheit sein würde. Um dies zu erreichen, forderte Fiore einen medizinischen Imperativ für die Tabakentwöhnung: So wie kein Patient mit 300 mmHg systolischem Blutdruck unbehandelt bleibt, müsse auch bei rauchenden Patienten immer interveniert werden. Ein solcher Imperativ ist in den USA, wo weniger als 3% der Ärzte selbst rauchen, leichter durchzusetzen als beispielsweise in Italien, wo die Quote 28% beträgt.

Auf der Konferenz wurde aber nicht nur von Fortschritten berichtet. Robert West referierte über die Evidenz für verhaltensbezogene Interventionen und bemängelte den in diesem Zusammenhang verwendeten Begriff „behavioral support" als Jargon. Darunter würden allerlei nicht-medikamentöse Interventionen in unterschiedlichen Modalitäten von diversen Anbietern mit verschiedensten Inhalten und für die unterschiedlichsten Zielgruppen zusammengefasst. Verhaltensbezogene Strategien werden noch zu selten genutzt: 40 von 100 Rauchern in Großbritannien haben im Jahr 2008 bereits einen ernsthaften Ausstiegsversuch unternommen. 19 haben dabei keinerlei Hilfen verwendet, 19 lediglich medikamentöse Unterstützung (meist Nikotinersatzpräparate) und nur 2 den oben erwähnten „behavioral support". West betonte gleichermaßen die Notwendigkeit, allen Rauchern den Rauchstopp nahe zu legen und es zur Regel zu machen, einmal im Jahr einen Ausstieg anzugehen. Zum Jahresende sollen Gesundheitsberufe sicherstellen, dass der Versuch schon unternommen wurde. Ausstiegsversuche würden häufiger gestartet, wenn Ärzte Rauchern zunächst Unterstützung anbieten und erst dann nach der Ausstiegsbereitschaft fragen. Um die Akzeptanz professioneller Unterstützung zu verbessern, sollte eine attraktive bildliche Vorstellung eines Beratungsgesprächs vermittelt werden, in dem ein freundlicher Experte eher praktisch anwendbare Empfehlungen gibt als über Abstinenzquoten spricht.

Auf aktuelle Fortbildungsangebote und Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung wird weiter unten hingewiesen. Der Schwerpunkt dieser Ausgabe liegt auf der ärztlichen Tabakentwöhnung. Zunächst erläutert die Bundesärztekammer kurz die Hintergründe ihrer Stellungnahme zum „Nationalen Aktionsprogramm Tabakprävention". In den dann vorgestellten Studien wird den Fragen nachgegangen, welchen Einfluss der eigene Rauchstatus auf die Behandlungsquote und -effektivität hat und inwieweit durch eine Verknüpfung mit telefonischer Raucherberatung die Wirksamkeit gesteigert werden kann.

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für eine erfolgreiche Tabakentwöhnung.

Ihr Redaktionsteam
Martina Pötschke-Langer, Peter Lindinger,
Anil Batra, Wilfried Kunstmann

Inhaltsverzeichnis:

Editorial	1
Fortbildungen für Fachberufe	1
Kongresse/Tagungen	2
Neue Publikationen zur Tabakentwöhnung	2–4

Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung

Fortbildungen für Fachberufe

1. Heidelberger Curriculum Tabakabhängigkeit und Tabakentwöhnung – Diagnostik, Motivationsstrategien, Behandlung und Rückfallmanagement. Ärztinnen und Ärzte erhalten Fortbildungspunkte der Landesärztekammer Baden-Württemberg. **Termine:** 21.11.08, 12 – 18 Uhr und als Satelliten-Symposium im Rahmen der 6. Deutschen Konferenz für Tabakkontrolle am 4.12.2008 von 9 – 16 Uhr. Infos unter www.tabakkontrolle.de; Anmeldung unter who-cc@dkfz.de

2. 20stündiges „Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung", zertifiziert durch den Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.. Die Fortbildung vermittelt theoretische Grundlagen, Kenntnisse und Fertigkeiten in der Motivation und Behandlung von Rauchern. Teilnehmer werden ausführlich in die Techniken der Motivierenden Gesprächsführung und in die verhaltenstherapeutische Behandlung von Rauchern mit dem gemäß § 20 SGB V anerkannten Programm „Nichtraucher in 6 Wochen" eingeführt und sollten allgemeine Erfahrung in der Suchttherapie mitbringen. Es gibt Fortbildungspunkte der Landesärztekammer bzw. der Landespsychotherapeutenkammer.

Termin: 07.11.–08.11.2008. Ort: Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Osianderstraße 24, 72076 Tübingen. Anmeldung: WiT-WissensTransfer, Universitätsbund Tübingen, Wilhelmstraße 5, 72074 Tübingen, Tel.: 07071/2976439, 2976872; Fax: 07071/295101; http://www.wit.uni-tuebingen.de

3. Kursleiterschulung für das „Neue Rauchfrei Programm" des IFT und der BZgA durch das Institut für Therapieforschung München. Termine in 2008: München, 7.11.–8.11.2008; Berlin 16.10.–20.10.2008; Mainz 6.11.–10.11.2008; Teilnahme an der verkürzten Schulung in München nur für Personen mit abgeschlossener therapeutischer Zusatzausbildung. Infos unter http://www.rauchfrei-programm.de/schulung.htm; Anmeldung bei seidel@ift.de; Tel.: 089/360804-91, Fax: 089/ 360804-98

4. 2-tägige „Kursleiterschulung zur Durchführung von Tabakentwöhnung in Gruppentherapie" des Institutes für Raucherberatung & Tabakentwöhnung Bayern (IRT Bayern). Teilnehmer qualifizieren sich für die Leitung von Kursen nach dem Entwöhnungsprogramm des IRT Bayern (6 Sitzungen innerhalb von 14 Tagen + 2 Stabilisierungssitzungen 3 und 6 Wochen nach Kursende). Die Kurse sind von allen gesetzlichen Krankenkassen anerkannt. Termin: 28.11 – 29.11.2008. Ort: IRT Bayern, Limburgstr. 16a, 81539 München. Weitere Auskünfte und Anmeldung unter 089 / 68 999 511

5. Qualifikation Tabakentwöhnung der Bundesärztekammer. Diese 20-stündige Blended Learning-Maßnahme wird ausgerichtet von der Akademie der Ärztekammer Nordrhein. Präsenstermine: Einführungsseminar (4 h) am 15. 10.2008; Onlinegestütztes Selbststudium 8 h; Praxisseminar (8 h) am 13.12.2008; Kontakt: Haus der Ärzteschaft Ärztekammer Nordrhein, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf; Tel.: 0211-4302-0

6. Das Deutsche Netz Rauchfreier Krankenhäuser bietet eine „Qualifizierende Schulung zur Raucherberatung für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe" an. Termine: 14.10.2008 in Eisenhüttenstadt, 15.10.2008 in Osterholz-Scharmbeck, 22. 0.2008 in Offenburg (mit Aufbautag am 10.12. 008), 28.10.2008 in Unna. Anmeldung via Fax 030-817 98 58 29 oder Email: nehrkorn@dngfk.de

Kongresse/Tagungen:

– national

1. 13. Nationale Konferenz für Gesundheitsförderung im Krankenhaus + Forum Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen. 05.– 07. November 2008, Stuttgart. Infos und Anmeldung unter www.dngfk-konferenz.de

2. 6. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle
WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle, Heidelberg.
03. – 04. Dezember 2008. Infos und Programm unter www.tabakkontrolle.de, Anmeldung unter who-cc@dkfz.de

– international

3. 14. World Conference on Tobacco OR Health. Termin: 8. – 12. März 2009, Mumbai, Indien. Frühbucherrabatt verlängert bis 16.10.08. Infos unter http://www.14wctoh.org

Stellungnahme der Bundesärztekammer

Ist Rauchen eine Krankheit?
Diese Frage bewegte in den letzten Wochen die Medien. Dabei wurde in der Berichterstattung mitunter der Eindruck erweckt, die Ärzteschaft hätte sich aus eigennützigen Interessen überlegt, alle Raucher zu Kranken zu erklären, um sich auf diese Weise zu Lasten der Beitragszahler eine neue Einnahmequelle zu sichern. Auslöser für die Medienreaktionen war eine Stellungnahme, die die Bundesärztekammer (BÄK) zu den Empfehlungen des Drogen- und Suchtrates für ein Nationales Aktionsprogramm Tabakprävention bei der Bundesdrogenbeauftragten abgegeben hatte. Die Empfehlungen des Drogen- und Suchtrates hatten impliziert, dass eine bloße Qualifizierung und Motivierung der Ärzteschaft zur Ansprache der Tabakproblematik im allgemeinen Patientenkontakt und die „Weitervermittlung von rauchenden Patientinnen und Patienten in Nichtraucherkurse von Krankenkassen und anderen Anbietern" ausreichend sei, um eine flächendeckende Raucherentwöhnung sicherzustellen.
Die BÄK hatte in ihrer Stellungnahme hingegen darauf hingewiesen, dass Tabakabhängigkeit nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO (ICD-10, F17.2) Krankheitswert besitzt. Je nach eingesetztem Instrumentarium und untersuchtem Studienkollektiv werden zwischen 20 und 80% der Raucher als abhängig diagnostiziert. Hingegen bewertet der Gesetzgeber in §34 SGB V das Rauchen als bloßes Lebensqualitätsproblem. In der Folge schließt er solche Arzneimittel von der Versorgung durch die Gesetzliche Krankenversicherung aus, die zur „Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz", der „Abmagerung oder Zügelung des Appetits", der „Verbesserung des Haarwuchses" und eben auch „der Raucherentwöhnung" dienen.
In Abgrenzung hierzu weist die BÄK darauf hin, dass eine Bewertung der Tabakabhängigkeit als Lifestyle-Problem der Problematik nicht gerecht wird. Raucher könnten sehr gut über das flächendeckende Netz niedergelassener Ärzte erreicht und bei entsprechender Motivation auf Seiten des Patienten behandelt werden. Zu diesem Zweck hat die BÄK eine 20-stündige Qualifikation „Ärztliche Tabakentwöhnung" aufgebaut. Ärzten, die die entsprechende Qualifikation erwerben, um sich der zeitintensiven Behandlung von Tabakabhängigkeitserkrankungen zu widmen, sollte selbstverständlich für diese Tätigkeit ein Honorar in Aussicht gestellt werden – so die Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme.

Neue Publikationen zur Tabakentwöhnung

a) Borland R, Balmford J, Bishop N, Segan C, Piterman L, McKay-Brown L, Kirby C and Tasker C (2008) Inpractice management versus quitline referral for enhancing smoking cessation in general practice: a cluster randomized trial. Family Practice; doi:10.1093/fampra/cmn046

Hintergrund
Ärzte spielen eine wichtige Rolle in der Ansprache rauchender Patienten; neben der Aufklärung über Folgeschäden sollten Kurzinterventionen durchgeführt werden, durch die Patienten zu einem Ausstieg ermutigt werden. Barrieren wie Zeitmangel, fehlende Kompetenz und Zweifel an der Wirksamkeit stehen jedoch einer systematischen Implementierung einer Ausstiegsberatung im Wege. In dieser Studie wurde untersucht, inwieweit sich Behandlungserfolge durch eine Überweisung an eine Quitline verbessern lassen.

Methode
45 Allgemeinarztpraxen (General Practitioners, GPs) wurden im Verhältnis 1 zu 2 auf zwei Bedingungen randomisiert (Tabakentwöhnung direkt in der Praxis oder Weiterbetreuung der rauchenden Patienten durch Quitline Victoria) und erhielten ein Training zur Durchführung der Maßnahmen. Innerhalb von 15 Monaten wurden 1039 Patienten (durchschnittlich 23/Praxis, Spanne von 3 bis 52) für die Studie rekrutiert. Patientendaten wurden bei Studienbeginn mittels Fragebogen erhoben; bei den 3- und 12-Monats-Nachbefragungen wurden Telefoninterviews durchge-

führt. In beiden Behandlungsarmen wurden die Studienärzte angeleitet, die Ausstiegsbereitschaft zu ermitteln und ggf. den Einsatz medikamentöser Entwöhnungshilfen zu erörtern. Ärzte in der Praxis-Bedingung wurden ermutigt, rauchende Patienten selbst oder durch Praxismitarbeiter in Richtung Ausstieg zu beraten, wurden aber nicht abgehalten, auch an externe Unterstützungsangebote zu verweisen. In der Überweisungs-Bedingung wurden sie ermutigt, Patienten mit Ausstiegsinteresse an die Quitline Victoria zu verweisen. Bei Einverständnis wurden die Patientendaten an die Quitline gefaxt, die innerhalb von 3 Tagen telefonischen Kontakt aufnahm. Die Intervention am Telefon bestand aus bis zu sechs proaktiven Anrufen. Zusätzlich konnte ein internetbasiertes Ausstiegsprogramm benutzt werden.

Ergebnisse
Weder bei den Ärzten noch den Patienten gab es auffällige Unterschiede zwischen den Behandlungsarmen. Ermittelt wurden die Abstinenzraten nach drei und 12 Monaten und die Inanspruchnahme behavioraler und medikamentöser Behandlungskomponenten. Teilnehmer der Praxisbedingung erhielten dasselbe Maß an Unterstützung in der Praxis wie Teilnehmer in der Überweisungsgruppe. Knapp die Hälfte aller bei der Drei-Monats-Katamnese erreichten Patienten (N=366, davon N=355 aus der Überweisungsgruppe) gab an, an die Quitline verwiesen worden zu sein. 76.8% (N= 281) dieser Patienten wurde telefonisch auch erreicht, davon entschieden sich wiederum 73.5% (N= 206) für eine intensive Beratung. 24 % (N= 185) nutzten pharmakologische Hilfen (meist Nikotinpflaster). Teilnehmer der Überweisungsgruppe hatten zum Zeitpunkt der Drei-Monats-Katamnese häufiger einen Ausstiegsversuch unternommen (53% vs. 46% in der Praxisgruppe; p=0.07). Die für Alter, Geschlecht und Tabakabhängigkeit kontrollierten Abstinenzquoten unterscheiden sich deutlich zwischen den Bedingungen: Die mind. einen Monat anhaltende Abstinenz unter allen rekrutierten Teilnehmern bei der 3-Monats-Katamnese betrug 10.2% in der Überweisungsgruppe und 5.5% in der Praxisgruppe (p<0.01, OR 2.02, 95% KI 1.22–3.33). Nach einem Jahr hatten von den erreichten Teilnehmer (N=690) in der Überweisungsgruppe 6.5% mind. 10 Monate nicht geraucht, in der Vergleichsgruppe 2.6% (p=0.06, OR 2.86, KI 0.94–8.71). Die Punktprävalenz nach 12 Monaten betrug 22.6% vs. 14.4% (p=0.01, OR 1.93, KI 1.16–3.21). Die Prozessevaluation ergab, dass an beiden Nachbefragungen diejenigen Patienten eher abstinent sind, die externe behaviorale Unterstützung erhalten hatten. Die Inanspruchnahme intensiver Unterstützung (externe behaviorale oder medikamentöse Hilfen) stand in einem signifikanten Zusammenhang mit Ausstiegsversuchen und Abstinenzerfolg; die Überlegenheit der Überweisungsgruppe war im Wesentlichen auf die häufigere Inanspruchnahme dieser Hilfen zurückzuführen.

Diskussion
Es konnte gezeigt werden, dass durch ein Überweisungssystem an einen nach evidenzbasierten Kriterien arbeitenden Tabakentwöhnungsservice die Abstinenzraten um das Zwei- bis Dreifache gesteigert werden konnten. Dieser Effekt ist darauf zurückzuführen, dass Patienten dasselbe Maß an Unterstützung in der Praxis plus zusätzliche externe Unterstützung erhielten, wodurch häufigere und erfolgreicher verlaufende Abstinenzversuche unternommen wurden. Eine aktive Überweisung von rauchenden Patienten zu einer Telefonberatung stieß sowohl bei Ärzten als auch Patienten auf große Zustimmung. Fast drei Viertel aller durch die Quitline kontaktierten Raucher entschieden sich für eine intensive proaktive Beratung. Die Überweisungsoption hat nicht dazu geführt, dass Ärzte deshalb weniger effektive Beratung innerhalb einer Konsultation geleistet haben. Zusätzlich steigt die Akzeptanz von telefonischer Beratung, wenn eine aktive Überweisung durch einen Arzt erfolgt.

Wichtig für die Praxis:
Die Kombination einer ärztlichen Ausstiegsempfehlung und der aktiv empfohlenen Weiterbetreuung an Quitlines ist eine inzwischen weit verbreitete und bewährte Praxis. Eine baldige Implementierung einer „Fax to Quit"-Option kann die derzeitige Versorgungslücke für deutsche Raucher schließen helfen.

b) Pipe A, Sorensen M, Reid R (2008) Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: An international survey. Patient Educ Couns (2008), doi:10.1016/j.pec.2008.07.042

Hintergrund
Die Vermutung liegt nahe, dass der Rauchstatus von Ärzten selbst erheblichen Einfluss auf die klinische Interaktion mit rauchenden Patienten hat. Rauchende Ärzte scheinen weniger willig zu sein, Tabakkonsum zu erfassen, den Rauchstopp anzuraten und leitlinienkonforme Unterstützung anzubieten. Dies kann insbesondere in Ländern mit einer hohen Raucherquote bei Ärzten (s. Editorial) die Anstrengungen unterminieren, Raucher mit evidenzbasierten Interventionen zu versorgen. Die STOP-Erhebung ("Smoking: The Opinions of Physicians") untersuchte diesen Zusammenhang.

Methode
Allgemein- und Hausärzte in 16 Ländern (auch aus Deutschland) wurden von einem Marktforschungsinstitut telefonisch oder persönlich zu befragt. Einstellungen zum Rauchen wurden mit einer Kombination aus offenen Fragen, Rangfolgen und Zustimmung zu bestimmten Statements ermittelt. So sollten sie beispielsweise den Einfluss von Rauchen, Bewegungsarmut, ungesunder Ernährung und exzessiven Alkoholkonsums auf die Gesundheit einordnen und angeben, wie stark sie Aussagen „Rauchen ist abhängiges Verhalten" zustimmten. Weiter wurden die durchgeführten Tabakentwöhnungsaktivitäten erfragt und mögliche Barrieren für diese Aktivitäten.

Ergebnisse
Von 4473 eingeladenen Ärzten nahmen 2836 (63%) teil; darunter befanden sich 1200 Raucher (42%). Deren täglicher Zigarettenkonsum lag bei durchschnittlich 11,4 Zigaretten. Signifikant weniger rauchende Ärzte stuften Rauchen als langfristig schädlich für die Gesundheit von Patienten ein (64% vs 77%; p < 0.001). Nichtraucher wiederum stimmten eher der Aussage zu, dass ein Rauchstopp die bedeutendste Einzelmaßnahme zur Verbesserung der Gesundheit sei (88% vs 82%; p < 0.001) und sprachen das Rauchen häufiger bei jedem Kontakt an (45% vs 34%; p < 0.001). Ihre Ausstiegsberatung war systematischer und eher leitlinienkonform. An Hindernissen für Tabakentwöhnung wurden am häufigsten (mangelnde) Willenskraft (35%), Abhängigkeit (33%) und das soziale Umfeld (32%) genannt. Auf die eigene Praxis bezogene Gründe (Zeitmangel, ineffektive Therapiemöglichkeiten) wurden seltener angeführt. Die Raucher unter den Ärzten gaben häufiger als ihre nicht rauchenden Kollegen Stress als Hindernis an (16% vs 10%; p < 0.001).

Diskussion
Die Ergebnisse dieser größten multinationalen Befragung werfen die Frage auf, ob es spezifischer Programme bedarf, um rauchende Gesundheitsberufe beim eigenen Rauchstopp zu unterstützen, weil das eigene Rauchverhalten sich negativ auf Interventionen bei rauchenden Patienten auswirkt.
Wie in früheren Studien berichten Ärzte (rauchende und nicht rauchende), dass sie eher den Rauchstatus erfassen („Ask") und den Rauchstopp anraten („Advice") als spezifische und praktikable Unterstützung („Assist") für den Rauchstopp zu geben.

Impressum:
Der Newsletter erscheint sechs Mal im Jahr.

Herausgeber:
Deutsches Krebsforschungszentrum
WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle
in Zusammenarbeit mit dem Dezernat für Fortbildung und Gesundheitsförderung der Bundesärztekammer und dem Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.

Im Neuenheimer Feld 280 · D-69120 Heidelberg
Telefon: +49-(0)6221-42-3007 · Telefax: +49-(0)6221-42-3020
e-Mail: who-cc@dkfz.de · http://www.tabakkontrolle.de

Verantwortlich für den Inhalt:
Dr. Martina Pötschke-Langer

Redaktion:
Dr. Martina Pötschke-Langer, Dipl.-Psych. Peter Lindinger, Prof. Dr. Anil Batra, Dr. Wilfried Kunstmann

Enttäuschend ist das Ergebnis, dass Rauchverhalten nicht – wie in Leitlinien gefordert – routinemäßig bei jedem klinischen Kontakt nach dem Rauchen gefragt wird. Rauchende und nicht rauchende Ärzte unterscheiden sich am stärksten, wenn es darum geht, Veränderungspläne zu erstellen, medikamentöse Therapien zu empfehlen und rauchende Patienten an Tabakentwöhnungsexperten zu verweisen. Der Arzt-Patient-Dialog erschöpft sich in solchen Fällen häufig im Zusammentragen von Informationen und Benennen von Gesundheitsrisiken.

NB: Die Studie wurde von der Pharmaindustrie gesponsert.

c) Ulbricht S, Baumeister S, Meyer C et al. (2008) Does the smoking status of general practitioners affect the efficacy of smoking cessation counselling? Patient Educ Couns, doi:10.1016/j.pec.2008.07.047

Hintergrund
Die Wirksamkeit ärztlicher Interventionen zum Tabakrauchen in der hausärztlichen Praxis ist vielfach belegt. Die Empfehlung an Ärzte, rauchenden Patienten mindestens einmal pro Jahr eine Beratung anzubieten, wird jedoch immer noch unzureichend umgesetzt. Bekannt ist, dass rauchende Hausärzte ihre Patienten seltener auf das Rauchen ansprechen als Ärzte, die nicht rauchen. Dabei zeigen die Daten auch eine höhere Raucherrate unter Ärzten in Deutschland als in Ländern, die aktiver in der Prävention tabak-attributabler Krankheiten sind. Bislang fehlten Untersuchungen dazu, ob der eigene Rauchstatus des Hausarztes den Erfolg einer persönlichen Patientenberatung zum Rauchen beeinflusst.

Methode
Die Daten wurden im Rahmen des Interventionsprogramms Pro GP ("Proactive interventions for smoking cessation in General medical Practices") im Forschungsverbund „Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen" („Early Substance Use Intervention", EARLINT) erhoben. Für eine Interventionsstudie erfolgte per Zufall die Auswahl von 39 Hausarztpraxen in einer Region in Vorpommern. Die Teilnahmerate lag bei 87%. Die Effektivität einer computergestützten Beratung und einer motivierenden persönlichen Kurzberatung durch den Hausarzt wurde im Vergleich zu einer Kontrollgruppe untersucht. In die Analysen gehen Ergebnisse der persönlichen Kurzberatung im Vergleich zur Kontrollgruppe ein. Im Zeitrahmen von einer Woche je Studienbedingung in allen Praxen wurden über ein systematisches Screening alle konsekutiven Patienten zu ihrem Rauchstatus befragt. Die Einschlusskriterien bezüglich Alter (18–70 Jahre) und nach eigener Einschätzung „Raucher" erfüllten 1260 Patienten. Von ihnen erklärten 80,2% (N=1011) schriftlich ihr Einverständnis zur Studienteilnahme. Vor Studienbeginn erhielt jeder Arzt eine Schulung zur Gestaltung einer motivierenden Beratung mit dem Ziel der Tabakabstinenz, differenziert nach den Stadien der Änderungsabsicht. Die Kurzberatung dauerte bis zu 15 Minuten. Um ihre Wirksamkeit zu prüfen, wurden die Studienteilnehmer nach 6, 12, 18 und 24 Monaten erneut befragt. Die hierarchische Datenstruktur mit drei Ebenen (Messzeitpunkte, Hausarztvariablen, Patientencharakteristika) wurde durch entsprechende Analyseverfahren berücksichtigt. Neben Haupteffekten wurden Interaktionen getestet, so z.B. ob Ärzte, die Nichtraucher sind und Patienten beraten, höhere Abstinenzwahrscheinlichkeiten erzielen als ihre rauchenden Kollegen.

Ergebnisse
Der Anteil der Tabakraucher unter den teilnehmenden Hausärzten betrug 25% (N=9). Nicht rauchende Hausärzte erreichten durch ihre Beratung höhere Abstinenzraten bei Patienten in der Interventionsgruppe als gegenwärtig rauchende Ärzte (anhaltende 6-Monats-Tabakabstinenz bei der Zwei-Jahres-Nachbefragung 16,1% vs. 11,9%, OR 0.409, KI 0.181 - 0.926, p< 0.05). Patienten in der Interventionsgruppe der persönlichen Kurzberatung durch den Hausarzt hatten bei der Zwei-Jahres-Nachbefragung eine höhere Wahrscheinlichkeit, anhaltende 4-Wochen bzw. 6-Monats-Tabakabstinenz zu erreichen als in einer Kontrollgruppe ohne diese Intervention (OR 1.856, KI 1.123 - 3.065.für anhaltende 4-Wochen bzw. OR 2.288, KI 1.269 - 4.126 für anhaltende 6-Monats-Tabakabstinenz bei der Zwei-Jahres-Nachbefragung). Ein fortgeschrittenes Stadium der Änderungsbereitschaft sowie ein niedrigeres Niveau der Tabakabhängigkeit waren mit einer erhöhten Abstinenzwahrscheinlichkeit assoziiert.

Diskussion
Nichtrauchen unter Hausärzten kann die Erfolgswahrscheinlichkeit bei der Motivierung ihrer Patienten zur Tabakabstinenz fördern. Die in dieser Studie bestätigte hohe Prävalenz des Tabakrauchens unter Hausärzten in Deutschland signalisiert die Notwendigkeit, die Motivation zur Tabakabstinenz bei Ärzten selbst zu erhöhen. Da dieses Ziel nur langfristig erreicht werden kann, ist aktuell darüber nachzudenken, wie rauchende Hausärzte kurzfristig befähigt werden können, eine ebenso effektive Beratung durchzuführen wie ihre nicht rauchenden Kollegen. Hier bietet sich der Einsatz computergestützter Beratung, z.B. durch EDV-Expertensysteme (Anm. des Redaktionsteams: oder die oben erwähnte „Fax-to Quit"-Option) als Alternative zum persönlichen Gespräch an.

Wichtig für die Praxis – bezogen auf die Studien von Pipe et al. und Ulbricht et al.:

Rauchende Ärzte sollten sich bewusst sein, dass sie weniger aktiv in der Ansprache von tabakabhängigen Patienten sind, Hindernisse für den Rauchstopp falsch einschätzen und damit weniger erfolgreich intervenieren. Mit einer zielgruppenspezifischen Behandlungsstrategie für rauchende Gesundheitsberufe können deren eigene Gesundheit und die ihrer Patienten enorm profitieren. Ein aktives Engagement fällt wahrscheinlich auch leichter, wenn geeignete Schulungsmaßnahmen wahrgenommen werden.